

Riflessioni sul Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline: proposta per una Discussione

Proposta di discussione a cura di Renzo Vianello e Cesare Cornoldi

Su stimolo dell'AIRIPA, l'Associazione scientifica e professionale che rappresenta ricercatori e operatori nel campo dei disturbi neuroevolutivi, abbiamo preparato una nota sul Funzionamento Intellettivo Limite (da noi specificato con l'acronimo FIL) o Borderline che proponiamo alla discussione dei lettori della rivista. Abbiamo cominciato col richiedere l'intervento di due colleghi esperti, ma potranno intervenire anche altri lettori. Gli interventi, preferibilmente brevi, dovranno essere inviati alla redazione della rivista seguendo le procedure previste per tutti gli altri lavori proposti. In particolare ci farà piacere sentire le opinioni sulla utilità della diagnosi, e – in questo caso – sui criteri per la diagnosi, sul nome stesso (e l'acronimo e il codice ICD) da assegnare al profilo e sulla sua presumibile incidenza. Inoltre, al di là del problema relativo alla utilità della categoria diagnostica, ci farà piacere conoscere esperienze e suggerimenti per l'aiuto da fornire ai bambini che presentano questo profilo.

1. È utile la categoria diagnostica?

In termini molto generali si parla di Funzionamento Intellettivo Limite (FIL), usando anche etichette diverse come «borderline cognitivo», «funzionamento intellettivo borderline», «slow learner» ecc., quando una persona presenta limiti intellettivi e problemi adattivi che, pur non precludendo un inserimento nella vita normale, le rendono difficile rispondere a tutte le richieste della Scuola e dell'ambiente. La ridotta enfasi dei sistemi diagnostici, della corrente pratica clinica e della stessa ricerca scienti-

fica, sul profilo FIL (ad esempio Alloway, 2010; Schuchardt, Gebhardt e Maehler, 2010) potrebbe far pensare che una specifica categoria diagnostica possa non essere utile e serva solo a complicare e a moltiplicare le categorie psicopatologiche. In effetti risulta che molti casi FIL ricevono altre diagnosi, per es. la diagnosi di DSL o DSA, se viene messo l'accento sui problemi di linguaggio o sulle difficoltà scolastiche, o la diagnosi di disabilità intellettiva lieve, se si enfatizza una difficoltà più generale di rispondere alle richieste dell'ambiente. Tuttavia queste diagnosi creano confusione, perché il problema del FIL non presenta il carattere di selettività tipico dei disturbi specifici, né la gravità e la richiesta di un supporto costante tipica delle disabilità intellettive. Ma vi sono anche numerosi casi in cui il soggetto con profilo FIL non viene nemmeno preso clinicamente in considerazione. Per evidenziare le implicazioni di ciò consideriamo un esempio: un ragazzo che nella scuola secondaria di primo grado incontra notevoli difficoltà scolastiche e avrebbe quindi bisogno di sostegni. La valutazione diagnostica non evidenzia cause ambientali, né disturbi di apprendimento o ADHD ecc., ma un QI totale di 78, determinato da debolezze intellettive diffuse e non specifiche.

Si ha quindi bisogno di supporti significativi:

- a causa di difficoltà adattive;
- dovute in primo luogo a carenze cognitive.

Su tali basi sarebbe opportuno fornire indicazioni a famiglia e scuola (almeno per poter far riferimento alla normativa sui BES), poiché il ragazzo – lasciato da solo – potrebbe soffrire di conseguenze gravi cognitive, emotive, relazionali e adattive.

Crediamo pertanto che la categoria FIL sia scientificamente corretta e clinicamente e socialmente rilevante perché permette di implementare procedure di intervento calibrate sullo specifico profilo interessato. È evidente però che il campo richiede di essere meglio definito e considerato.

1.1. Considerazioni diagnostiche anche alla luce del DSM-5

Un punto di partenza importante è rappresentato dai due Manuali Diagnostici maggiormente utilizzati al mondo e cioè DSM e ICD. Per quanto i due Manuali non diano particolare spazio al profilo, né lo considerino uno specifico disturbo, è possibile tuttavia ricavare da essi delle indicazioni.

Coerentemente con DSM-5 (APA, 2013) cruciale è:

- la presenza di difficoltà adattive che richiedono supporti a livello scolastico (ad esempio la normativa italiana sui BES ha previsto la possibilità di un PDP) e sostegno extrascolastico;

Riflessioni sul Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline

– la presenza di carenze cognitive (tipicamente associata ad un QIT o a un indice di Abilità Generale compreso fra 70 e 85) come causa principale anche se non unica dell'intero profilo, tali tuttavia da richiedere supporti meno consistenti di quelli richiesti da una diagnosi di DI.

Poiché le richieste ambientali e in particolare quelle scolastiche risultano più impegnative con il passare degli anni (e coerentemente aumenta l'intensità dei supporti richiesti) la diagnosi di FIL può risultare opportuna in certi periodi della vita, ma non in altri. Ad esempio, in una situazione caratterizzata da buona educazione familiare, la diagnosi può essere utile a livello della scuola secondaria, ma non prima e nemmeno dopo (non poche sono le situazioni lavorative che non richiedono necessariamente competenze cognitive elevate).

La prevalenza delle situazioni di FIL non deve essere confusa con la previsione statistica di un 13,6% corrispondente alla percentuale di popolazione con un QI totale compreso fra 70 e 85. La ricerca scientifica (Emerson, Einfeld e Stancliffe, 2010; Vianello, Di Nuovo e Lanfranchi, 2014), per quanto non ricca, e la pratica clinica suggeriscono percentuali fra il 2,5% e il 7%, con una percentuale che varia a seconda dell'età (maggiore nel periodo di frequenza della scuola secondaria) e delle condizioni sociali (maggiori in caso di condizioni ambientali sfavorevoli). Il minore ricorso alla diagnosi sembra dovuto al fatto che il riferimento al QI è condizione necessaria, ma non sufficiente per la diagnosi di FIL. È infatti principio condiviso che, nel caso delle disabilità, debba sussistere anche un problema adattivo. Analogamente, nelle situazioni di FIL, caratterizzate da carenze intellettive di carattere generale, c'è da attendersi un problema adattivo pure di carattere generale e in linea di principio di simile entità (con un punteggio adattivo compreso presumibilmente fra 1 e 2 DS negative). Esiste inoltre potenziale discussione sulla richiesta o meno di altri elementi clinici associati. Per alcuni operatori, anche in base alla letteratura, la diagnosi di FIL richiede, oltre a un QI totale e abilità adattive comprese fra 1 e 2 DS negative (con gli eventuali margini dovuti agli errori di misurazione degli strumenti utilizzati), che:

– il profilo intellettivo non presenti elementi di specificità, con alcune componenti deboli, ma altre nella norma (Cornoldi, Giofrè, Orsini e Pezuti, 2014);

– le debolezze della persona non siano imputabili ad altri fattori che giustificerebbero un'altra diagnosi;

– le debolezze della persona non siano imputabili a condizioni ambientali, emotive, sociali transitorie, tali per cui la diagnosi potrebbe venire meno.

1.2. A proposito di diagnosi nelle ASL (ULSS, ecc.) italiane

In Italia il riferimento diagnostico pubblico non è il DSM, ma l'ICD-10 (WHO, 1992), che non prevede il FIL come categoria diagnostica a sé (malattia/disturbo/disabilità ecc.). La quantificazione del funzionamento cognitivo in QI fra 70 e 85 può essere utilizzato come «specificazione» di altre condizioni (ad esempio Sindrome di Prader-Willi con funzionamento cognitivo borderline)¹.

Come si comportano gli operatori sociosanitari? La situazione appare molto variegata, perché presso alcuni Servizi la diagnosi risulta utilizzata, mentre in altri non risulta esserci una menzione ufficiale. C'è da chiedersi perché molti casi FIL non sono diagnosticati come tali e spesso non sono presi in carico nemmeno con altra diagnosi. Solo perché non sono prioritari rispetto ai più gravi?

C'è in generale una sottovalutazione dei bisogni di aiuto di bambini, ragazzi e adulti con FIL?

1.3. FIL puri, comorbilità e disagio ambientale

In coerenza con quanto suggerito dal DSM-5 nei suoi principi generali le situazioni di compresenza o comorbilità tra FIL e altre problematiche sono molto frequenti. Varie possono essere le situazioni problematiche compresenti con un profilo FIL. Ad esempio:

- difficoltà di attenzione e iperattività;
- difficoltà negli apprendimenti scolastici;
- tratti autistici;
- problemi di comportamento o della personalità.

Resta controverso se in questi casi talune diagnosi si autoescludano (per es. un FIL non può rientrare nei disturbi specifici) o sia legittimo il riferimento alla presenza di un doppio disturbo (sempre in presenza di particolari condizioni):

- ADHD;
- Disturbi specifici di apprendimento;
- Disturbi dello spettro dell'autismo;
- Disturbi di comportamento;
- Disturbi di personalità.

¹ L'ICD-10 prevede solo la rubricazione in R41.83 «Segni che coinvolgono le funzioni cognitive» (nel codice R «Sintomi, segni e anomalie cliniche e laboratoristiche non classificate altrove») di un QI tra 70 e 85.

Riflessioni sul Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline

In questi casi, considerando le difficoltà adattive e le necessità di supporto, sarebbe opportuno evidenziare le situazioni in cui il FIL è primario o secondario.

Un caso discusso è rappresentato dalla possibilità di comorbidità FIL e DSA. Secondo alcuni, una debolezza intellettiva produce inevitabilmente difficoltà scolastiche e quindi il riferimento alla condizione di DSA nel caso di FIL può essere fuorviante. Secondo altri poiché il DSA è, per l'ICD-10, una (anzi più) categoria diagnostica e la seconda no il riferimento a entrambi i profili è possibile ed evita il rischio che le carenze cognitive siano sottovalutate e non si dia importanza all'abilitazione cognitiva opportuna, accanto ed in interazione con gli interventi per il DSA. La diagnosi di DSA apparirebbe particolarmente motivata quando le problematiche di apprendimento presentino un profilo specifico o una gravità maggiore rispetto a quanto si sarebbe potuto prevedere in base al profilo intellettivo.

Poiché condizioni ambientali sfavorevoli possono comportare una riduzione dell'efficienza cognitiva anche a livello strutturale, soprattutto a lungo termine, quando possibile sarebbe opportuno specificare se le carenze cognitive sono acquisite per gravi condizioni socio-ambientali (ad esempio svantaggio socio-culturale o disturbi psichiatrici in famiglia).

La pratica clinica evidenzia frequenti situazioni in cui sono presenti discrepanze fra diverse componenti intellettive non «eccezionali», ma significative (per es. inferiori a due deviazioni standard, ma superiori ad una). Tali discrepanze possono essere causate anche da particolari condizioni ambientali. Condizioni familiari favorevoli possono ad esempio aver favorito le competenze linguistiche più di quelle visuospatiali oppure condizioni educative inadeguate possono aver scarsamente potenziato l'atteggiamento metacognitivo utile in prove che richiedono attenzione prolungata e uso di strategie di memoria.

1.4. Linee guida per l'intervento a scuola

Una diagnosi di FIL senza comorbidità con altri disturbi non rientra nelle certificazioni secondo la legge 104 del 1992 e non implica l'assegnazione di un insegnante di sostegno per la classe in cui è iscritto l'alunno. Sono comunque opportune alcune considerazioni.

Nei casi in cui, in presenza di un QI totale fra 70 e 75, vi siano notevoli difficoltà di adattamento è possibile una diagnosi di disabilità intellettiva lieve e quindi ne conseguono relativa certificazione e assegnazione di insegnante di sostegno. Nello spirito del DSM-5 e probabilmente anche del futuro ICD-11 questo sarebbe possibile anche con un QI superiore, se gravi sono le difficoltà di adattamento e i bisogni di supporto, ma per il mo-

mento si suggerisce cautela nella ulteriore espansione del QI di riferimento. Può essere invece considerata una diagnosi di FIL anche in casi con un QI compreso fra 85 e 90 se le compromissioni adattive sono significative.

Una diagnosi di FIL coinvolge la scuola secondo la logica della normativa dei Bisogni Educativi Speciali non certificati come disabilità. Di norma è opportuno redarre un Piano Educativo Personalizzato (PDP) «calibrato sui livelli minimi attesi per le competenze in uscita» (circolare ministeriale del 06.03.2013). Spetta al Consiglio di classe definire i contenuti fondamentali di ogni disciplina alla base delle progettazioni educativo-didattiche adeguate per l'alunno/studente con FIL, da realizzare nel contesto classe (aula comune). Oltre alla identificazione degli obiettivi educativi utili al bambino, cruciale ai fini del PDP sarà la domanda: quali sono, ai vari livelli scolastici, i saperi essenziali di ogni disciplina?

La presenza di un PDP dovrebbe essere intesa come invito non ad un insegnamento individualizzato diverso da quello dei compagni, ma come insegnamento differenziato con attivazione di proposte didattiche flessibili, in grado di permettere a ciascun alunno/studente di esprimersi secondo le proprie potenzialità, e selettive, con priorità ai saperi essenziali.

Gli aspetti relazionali andranno curati e monitorati con particolare attenzione anche per evitare che lo studente FIL divenga troppo succube di compagni.

La progettualità didattica andrà calibrata secondo le caratteristiche dello studente e il livello di studi interessato. Per esempio, a livello di Scuola per l'infanzia, sarà opportuno assicurarsi che i prerequisiti fondamentali per affrontare la Scuola Primaria siano saldamente acquisiti. A livello di Scuola primaria si dovrà insistere sulle abilità strumentali fondamentali di lettura, scrittura, numero e calcolo, abilità che il bambino con FIL può raggiungere in maniera adeguata. Il PDP dovrà insistere sulle priorità evitando una rincorsa affannata e un impegno su tutti gli aspetti in cui il bambino risulti «indietro», per evitare fatica, confusione e sovraccarico. A livello di Scuola Secondaria di I grado questa linea andrà ulteriormente seguita assicurandosi che gli obiettivi siano gli stessi che per gli altri compagni, privilegiando i contenuti e le procedure essenziali. È importante dedicare energie al consolidamento delle basi del sapere, evitando «fughe in avanti» controproducenti. Per esempio il ragazzo dovrà essere capace di calcolare l'area delle figure geometriche e il volume dei solidi più importanti, ma potrà non essersi impadronito della dimostrazione di teoremi e formule; potrà conoscere personaggi, epoche e fatti storici principali, senza dover memorizzare dettagli o analisi storiche complesse ecc.

Si raccomanda comunque alla Scuola Secondaria di I grado di includere nel progetto didattico obiettivi che preparino il ragazzo ad affrontare in maniera autonoma le richieste scolastiche e ambientali alla sua portata,

Riflessioni sul Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline

ipotizzando un percorso non eccessivamente difficile (preferibilmente di tipo professionale), calibrato sulle sue caratteristiche e sui suoi interessi. Particolare attenzione dovrà essere rivolta, in tutti gli ordini di scuola, agli aspetti emotivi e relazionali e alla presenza di eventuali dinamiche di emarginazione all'interno della classe.

Di norma non sono opportuni studi liceali ed universitari. In caso diverso, infatti, dovrebbe essere rivista la diagnosi di FIL. Cruciale è la scelta della Scuola Secondaria di II grado. Poiché la condizione di FIL permette di lavorare in modo soddisfacente in contesti di normalità («lavori normali in contesti normali», coerenti con le abilità dell'individuo) è opportuno un counseling che aiuti l'interessato/a e i suoi familiari ad attuare una scelta rispettosa degli interessi-aspirazioni del/la giovane e realistica (sia nel considerare le opportunità scolastico-professionali del territorio che le possibilità di lavoro futuro). A titolo orientativo può essere utile un riferimento in termini di età mentali o equivalenti: per definizione un giovane adulto con FIL se ben seguito a livello familiare e scolastico può acquisire, anche se con tempi e modalità diverse, quanto un adolescente medio di età compresa fra i 13 e i 15 anni circa e, se ottimalmente seguito/a, può fare ulteriori progressi. Se questi traguardi non vengono raggiunti, questo non è dovuto a limiti cognitivi, ma agli effetti negativi a livello motivazionale, dell'autostima e di costruzione della personalità, causati da inadeguati interventi educativi e scolastici.

A qualsiasi livello scolastico la scuola è chiamata a prevedere nel PDP aiuti adeguati alle caratteristiche del FIL. In particolare si dovrebbero considerare le situazioni che seguono.

Lo studente potrebbe aver bisogno:

- di più tempo nell'apprendimento e nelle verifiche;
- di avere un alleggerimento nell'impegno della memoria di lavoro (meno cose da tenere mentalmente presenti e meno azioni mentali da compiere sui dati memorizzati);
- di affrontare gli apprendimenti dei compagni con maggiori riferimenti a situazioni concrete e meno a situazioni astratte;
- di essere aiutato nella comprensione delle consegne dei compiti scolastici;
- di essere incoraggiato nei momenti di crisi a livello di autostima;
- di non essere sovraccaricato nei «compiti per casa».

1.5. Linee guida per l'intervento negli altri contesti di vita

Considerare il FIL come una categoria diagnostica è utile anche per i rapporti con la famiglia, in quanto meglio evidenzia l'utilità di un counseling ai genitori, spesso molto bisognosi di informazioni e consigli operativi.

Analogamente essa può favorire un intervento abilitativo volto al potenziamento cognitivo, emotivo e relazionale a livello pubblico o privato.

Il bambino con FIL incontrerà serie ma di norma sormontabili difficoltà a scuola e negli altri ambienti di vita e dovrà essere aiutato lavorando con pazienza e con estrema gradualità.

Il ragazzo con FIL può acquisire piena autonomia e trovare una attività lavorativa e un inserimento sociale soddisfacenti purché aiutato e ben seguito sotto la supervisione di un esperto.

Un aiuto di esperti per bambini, ragazzi e giovani con FIL appare imprescindibile. Nei casi in cui esso non sia fornito dal Servizio Pubblico quello privato dovrà assumere caratteristiche peculiari, dato che esso non può concretizzarsi solo negli aspetti diagnostico-valutativi, e nemmeno solo in quelli abilitativi (comunque importanti), ma dovrebbe assumere le caratteristiche di un intervento prolungato che affianchi i genitori nelle loro scelte educative e nei loro rapporti con la scuola e il territorio.

Le persone con FIL (senza altre comorbidità) presentano debolezze non gravi, ma diffuse (generali e non specifiche), lungo tutto l'arco di vita: per questo è opportuno un aiuto diluito nel tempo (che non esclude aiuti intensivi di durata limitata). Esso dovrebbe monitorare la crescita psicologica del giovane e i suoi apprendimenti e attenuare le conseguenze negative dovute ai momenti di crisi, mantenere il contatto con la scuola, affrontare eventuali problematiche familiari e relazionali, rafforzare autostima e motivazione, vegliare per avere un contesto propizio a creare il benessere del giovane ecc.

L'aiuto specialistico concentrato (abilitazione) potrà essere utilizzato per sviluppare abilità di base utili per gli apprendimenti (allenare le capacità di ascolto e di dialogo, il dosaggio dell'attenzione, la consapevolezza metacognitiva, le capacità di ragionamento, il metodo di studio e di lavoro sul testo ecc.), per intervenire su lacune rilevanti prodotte da fattori contestuali o per far acquisire specifiche competenze ritenute essenziali nel quadro di apprendimento del bambino o dell'adolescente. Appare invece inutile o addirittura dannoso insistere per portare, attraverso un intervento intensivo, il bambino FIL allo stesso livello di competenza dei suoi coetanei in tutti gli aspetti rilevanti dello sviluppo.

2. Riferimenti bibliografici

- Alloway, T.P. (2010). Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 448-456.

Riflessioni sul Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline

- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Cornoldi, C., Giofrè, D., Orsini, A., Pezzuti, L. (2014). Differences in the intellectual profile of children with intellectual vs. learning disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 2224-2230.
- Emerson, E., Einfeld, S., Stancliffe, R.J. (2010). The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 579-587.
- Schuchardt, K., Gebhardt, M., Maehler, C. (2010). Working memory functions in children with different degrees of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 346-353.
- Vianello, R., Di Nuovo, S., Lanfranchi, S. (2014). *Bisogni Educativi Speciali: Il Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline. Tipologia, analisi di casi e indicazioni operative*. Bergamo: Edizioni Junior.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behaviour disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Per corrispondenza: Renzo Vianello, Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Via Venezia 8, 35131 Padova. E-mail: renzo.vianello@unipd.it

Cesare Cornoldi, Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale, Via Venezia 8, 35131 Padova. E-mail: cesare.cornoldi@unipd.it

Funzionamento Intellettivo Borderline: criteri diagnostici e collocazione nosografica

SERAFINO BUONO
IRCCS Oasi Maria S.S. di Troina

Considerazioni preliminari

Innanzitutto desidero ringraziare Renzo Vianello e Cesare Cornoldi per aver posto all'attenzione e aver sollecitato il confronto su un tema in parte trascurato, come quello del Funzionamento Intellettivo Limite (FIL) o Funzionamento Intellettivo Borderline (FIB), come ora viene definito dal DSM-5 (APA, 2013).

Il documento presentato affronta in modo esaustivo una molteplicità di punti, pertanto mi soffermerò solo su alcuni aspetti che considero maggiormente rilevanti a partire dalla pratica clinica svolta presso l'IRCCS Oasi di Troina, dove nel solo dipartimento per il Ritardo Mentale/Disabilità Intellettiva si diagnosticano più di 2.000 persone l'anno con una percentuale di FIB che si aggira intorno all'8%.

Il tema proposto pone riflessioni a diversi livelli e presenta aspetti alquanto complessi, in quanto richiama le maggiori contraddizioni insite nei sistemi di classificazione riferiti alle funzioni mentali e ai processi di adattamento, nonché la difficile questione riguardante la distinzione tra normalità e patologia.

In questo caso tale distinzione non può essere demandata ad una semplice questione di risultati ai test o di deviazioni standard: dal punto di vista statistico, sulla base della distribuzione del QI, la popolazione interessata sarebbe una fascia molto ampia pari al 13,6%.

Per definizione il termine *borderline* si riferisce a delle zone di confine e in questo caso il confine riguarda due territori importanti: lo sviluppo intellettivo tipico e quello considerato significativamente compromesso (Disabilità Intellettiva, DI). La diagnosi di FIB presenta notevoli difficoltà e responsabilità in ragione del fatto che occorre effettuare una precisa discriminazione tra: un funzionamento definito normale, che ovviamente non dovrebbe richiedere

supporto; un funzionamento intellettivo *borderline* che richiede supporti non necessariamente generalizzati e costanti per l'intero ciclo di vita (in ambito scolastico si fa riferimento alle circolari sui BES) e la Disabilità Intellettiva Lieve che richiede supporti specifici, come previsto dalla legge 104/92 e da altre normative.

Pertanto le procedure diagnostiche, in questi casi, richiedono maggiore attenzione, l'uso di più strumenti, il ricorso a differenti fonti di informazioni, un'anamnesi accurata ed in alcuni casi più valutazioni realizzate in tempi diversi. Ciò al fine di evitare: da una parte di sottostimare le difficoltà, con il rischio di non avviare gli interventi necessari; dall'altra l'attribuzione impropria di condizioni patologiche e di etichette, che possono compromettere lo sviluppo e l'adattamento per le negative ripercussioni sul concetto di sé della persona che riceve la diagnosi e sull'atteggiamento e la percezione degli altri (genitori, insegnanti ecc.).

L'analisi dei profili intellettivi e il tema dei bisogni educativi delle persone con FIB nel contesto italiano sono stati documentati in studi recenti (Cornoldi, Giofrè, Orsini e Pezzuti, 2014; Vianello, Di Nuovo e Lanfranchi, 2014).

È utile la categoria diagnostica?

Rispetto al tema dell'utilità della categoria diagnostica dei FIB penso sia necessario preliminarmente evidenziare gli aspetti inerenti l'attuale collocazione nosografica e l'attribuzione dei codici, talora fonte di confusione specie in ambito sanitario.

La collocazione nosografica e la questione dei codici

Il sistema sanitario italiano, per codificare i disturbi e le malattie, è chiamato ad utilizzare le classificazioni elaborate dall'OMS. Il manuale attualmente usato è l'ICD-9-CM (Ministero della Salute, 2002), in quanto ancora non è stato ufficialmente adottato l'ICD-10 (OMS, 1994) che negli Stati Uniti viene ormai utilizzato dal 1° ottobre 2014.

All'interno dell'ICD-9-CM il codice che di norma può essere utilizzato è V62 «Altri problemi psicosociali» e nello specifico il codice V62.89 che rientra addirittura in «Altro affaticamento psichico o fisico, non classificato altrove» e fa riferimento a *Problemi della vita quotidiana e Problemi di periodi della vita*.

Andrebbe riconosciuto che il Funzionamento Intellettivo Borderline non è una categoria di per sé presente neanche nell'ICD-10. Esso può essere incluso nella categoria R41.8, «Altri sintomi e segni non specificati associati alle funzioni cognitive e alla coscienza».

Il codice R41.83, che talora si riscontra in alcune diagnosi, non è un codice ICD ufficiale dell'OMS. Questo è un codice presente nella modifica statunitense dell'ICD-10-CM, utilizzato prevalentemente per scopi forensi e assicurativi.

Anche nell'ICD-11, in fase di definizione e di prossima pubblicazione, non è in programma l'utilizzo di una apposita categoria diagnostica. Stante l'attuale orientamento, il FIB potrà essere incluso nella categoria «Altri sintomi specifici e segni che riguardano la cognizione» che si troverà nel capitolo 21, «Sintomi, segni o esiti clinici, non classificati altrove».

Ad ogni buon conto, si deve tenere in considerazione che le classificazioni dell'OMS, per quanto riguarda il FIB, non danno indicazioni e riferimenti di natura clinica utili all'inquadramento diagnostico né sulla differenziazione tra questa condizione di confine e il Ritardo Mentale, che nell'ICD-11 verrà rinominato Disturbo dello Sviluppo Intellettivo (nei prossimi anni dovremo familiarizzare con l'ennesima sigla, DSI).

Viceversa, nei manuali DSM ed in particolare nel DSM-IV-TR (APA, 2000), il Funzionamento Intellettivo Limite (V62.89 e R 41.8) veniva collocato in «Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica», e venivano fornite specifiche indicazioni, in particolare sull'uso delle deviazioni standard, per porre la diagnosi: «Questa categoria può essere usata quando l'oggetto dell'attenzione clinica è associato con un funzionamento intellettivo limite, cioè, un QI di 71-84. La diagnosi differenziale tra Funzionamento Intellettivo Limite e Ritardo Mentale (un QI di 70 o inferiore) è particolarmente difficile quando è complicata dalla coesistenza di certi disturbi mentali

(per es., Schizofrenia)». L'indicazione era quella di codificarla nell'Asse II (Disturbi di personalità e Ritardo Mentale).

I notevoli cambiamenti introdotti dal DSM-5, terminologici e relativi ai criteri diagnostici delle Disabilità Intellettive, che suggeriscono un minore ricorso ai punteggi di QI e una maggiore importanza ai processi di adattamento nella definizione dei vari livelli e dei supporti necessari, si riflettono solo in parte nelle indicazioni diagnostiche riportate per i FIB.

Il DSM-5, nella sua versione italiana, denomina tale condizione Funzionamento Intellettivo Borderline, mantiene gli stessi codici (V62.89 e R41.83) e la colloca nello stesso capitolo, «Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica».

Le condizioni e i problemi riportati in questo capitolo non sono disturbi mentali ma possono essere oggetto di attenzione clinica per vari motivi, tra cui il fatto che possono influenzare la diagnosi, il decorso, la prognosi o il trattamento di un disturbo mentale.

Di fatto, in base ai criteri del DSM-5: «Questa categoria può essere utilizzata quando il *funzionamento intellettivo borderline* di un individuo è l'oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo».

Ciò induce a ritenere che ai servizi e alle strutture sanitarie possano ricorrere persone che presentano difficoltà (non significative) di natura cognitiva e adattiva, o che, a causa di queste difficoltà, possano essere compromessi gli interventi necessari e gli esiti auspicati. Pertanto esplicitamente si riconosce la necessità di attenzione clinica e implicitamente il bisogno di supporti, anche quando a questa diagnosi non è associata altra condizione di salute o disturbo (sindromi, disturbi del neurosviluppo o altri disturbi mentali, peraltro tutelati da appositi dispositivi di legge).

Inoltre viene riconosciuto che «Differenziare il funzionamento intellettivo borderline e la disabilità intellettiva lieve (disturbo dello sviluppo intellettivo) richiede un'attenta *valutazione delle funzioni intellettive e di adattamento* e le loro discrepanze, in particolare la presenza di disturbi mentali concomitanti che possono influenzare la compliance del paziente alle

Contributi alla discussione

procedure standardizzate dei test (per es., la schizofrenia o disturbo da deficit di attenzione/iperattività con grave impulsività)».

Ritengo tuttavia necessario aggiungere che una «attenta valutazione» debba essere mantenuta anche quando si tratta di differenziare il *funzionamento intellettivo borderline* dallo sviluppo tipico, con tutto ciò che comporta l'assegnazione o meno di una etichetta diagnostica.

«L'attenta valutazione», a mio modo di vedere, deve riguardare le medesime funzioni cognitive indicate per la valutazione delle Disabilità Intellettive, vale a dire: il ragionamento, il problem solving, la pianificazione, il pensiero astratto, la capacità di giudizio, l'apprendimento scolastico, l'apprendimento dall'esperienza e le stesse aree del funzionamento adattivo inerenti il mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale concernenti le abilità concettuali, sociali e pratiche, in contesti cruciali quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità.

In questa prospettiva, ed io personalmente concordo, il FIB si configurerebbe principalmente come una condizione che riguarda il periodo dello sviluppo.

Entro i primi 5 anni anche per le situazioni limite, alcuni clinici utilizzano la diagnosi di «Ritardo globale dello sviluppo» (codici 315.8-F88), riportata dal DSM-5 come diagnosi provvisoria nei casi di compromissioni intellettive, che necessita di essere rivalutata nel tempo, in attesa degli esiti dei trattamenti o di fattori evolutivi o contestuali positivi. Personalmente suggerirei di ridurre al minimo indispensabile l'uso di questa categoria diagnostica nel caso di sospetto FIB, anche in ragione dell'impatto psicologico, non solo sui genitori, che tale etichetta determina. Essa potrebbe trovare giustificazione principalmente se risulta utile a garantire i supporti e gli interventi ritenuti indispensabili.

Tuttavia, limitazioni «non significative» del funzionamento intellettivo e adattivo si possono riscontrare anche in età adulta a seguito di traumi o di particolari condizioni cliniche, per le quali possono essere utilizzate altre categorie diagnostiche.

Risulta necessario considerare che nelle classificazioni dell'ICD (versione 9, 10 e 11) non si riscontra una collocazione specifica per la

diagnosi di FIB, mentre nel DSM è inserita nelle condizioni degne di attenzione clinica (codici V).

Da ricordare, inoltre, che il DSM fino al 1973 considerava il FIB come il quinto livello della disabilità intellettiva (allora Ritardo Mentale).

Ciò sottolinea che tra Disabilità Intellettiva e FIB esiste una continuità e che i criteri per definirne le differenze e i diversi livelli di gravità (le deviazioni standard) sono determinati da norme convenzionali (per qualcuno arbitrarie), che possono essere influenzate da scelte politiche e sociosanitarie.

È ragionevole considerare che parte dei FIB appartengano allo stesso spettro clinico delle DI e parte possano essere opportunamente considerati in modo diverso. In questa condizione si possono riscontrare un certo numero di falsi positivi e di falsi negativi.

Il FIB si configura come una meta-condizione dentro la quale si possono riscontrare almeno tre macro raggruppamenti:

1) FIB associato a specifiche sindromi (per es. S. Fetale alcolica, X-Fragile, S. Prader-Willi, S. Williams), tali condizioni possono essere la causa di un ridotto funzionamento intellettivo e adattivo;

2) FIB associato ad altri disturbi del neurosviluppo (per es. Disturbi dello Spettro dell'Autismo, Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Disturbi specifici dell'apprendimento, Disturbi della comunicazione, Disturbi del movimento) o ad altre condizioni psicopatologiche (per es. Schizofrenia, Disturbi di personalità, Disturbi dell'Umore);

Il FIB si può trovare in comorbidità con più di un disturbo (nella casistica dell'IRCCS OASI circa un terzo). In tali casi risulta ancora più complicato stimare le reciproche influenze tra le diverse condizioni cliniche riscontrate;

3) FIB associato a situazioni di svantaggio socio culturale e di povertà. Queste condizioni risultano quelle con una prognosi più favorevole.

In tutti questi casi la diagnosi di FIB richiama ad una attenta valutazione del funzionamento intellettivo e del funzionamento adattivo, e di quest'ultimo a maggior ragione ora che sono cambiati i criteri, così come per l'assessment delle Disabilità Intellettive entrambi i fattori dovrebbero essere deficitari e l'uno dovrebbe essere espressione dell'altro.

La valutazione del funzionamento intellettivo

Il criterio del funzionamento intellettivo, almeno fino ad ora, risulta importante se non altro sul piano nominale. Non a caso si usa Funzionamento *Intellettivo* Borderline, come ad indicare che il nucleo centrale del problema riguarda la sfera intellettiva, non tanto e non solo in termini di QI, ma secondo alcuni principalmente in termini di funzioni esecutive.

Rispetto alla valutazione del funzionamento intellettivo, ai fini della classificazione del FIB, larga parte di clinici mantiene tuttora il riferimento alle deviazioni standard e al range di QI suggerito, in atto 71-84. Tuttavia se consideriamo l'errore standard di misura stimato in più o meno 5 punti di QI, le fasce critiche sarebbero i QI compresi tra 66-76 per discriminare tra FIB e DI Lieve e quelli compresi tra 79 e 89 per discriminare FIB e condizioni di Sviluppo Intellettivo Tipico.

Tali sovrapposizioni evidenziano in modo molto chiaro la necessità di fare ricorso al *giudizio clinico* e l'impossibilità di attenersi solo ai riferimenti numerici del QI.

La valutazione dell'adattamento

La valutazione dell'adattamento negli ultimi anni va diventando sempre più attendibile rispetto a prima. In ambito clinico esistono numerosi strumenti per il rilevamento delle abilità adattive, anche se risentono del fatto che i dati sono ricavati principalmente ricorrendo ai familiari, ai caregiver o ad operatori. Pertanto si può ragionevolmente condividere una perplessità di fondo sulla possibilità di stimare in modo ottimale l'adattamento e si concorda sulla necessità di utilizzare, ove possibile, valutazioni su base ecologica perché è nel proprio contesto di vita che si esplica il funzionamento adattivo delle persone. L'uso delle Età Equivalenti, ricavabili da alcuni strumenti standardizzati, sembra essere una tra le principali modalità per stimare la distanza dal funzionamento atteso, in base all'età e al contesto socio-culturale.

Nel caso dei FIB, applicando per estensione il modello proposto per le DI, è sulla base

di un adeguato giudizio clinico, sui livelli di funzionamento adattivo, sulla quantità di supporti necessari e sul livello di funzionamento intellettivo che può essere posta la diagnosi.

Integrazione tra valutazione del funzionamento intellettivo e adattivo

In alcuni studi condotti in collaborazione con Di Nuovo (AA.VV., 2007; Di Nuovo e Buono, 2009), avevamo posto l'attenzione sulla necessità di integrare i due domini fondamentali per la diagnosi di DI: il funzionamento intellettivo e il funzionamento adattivo, sostenendo che a parità di range di QI i livelli di adattamento (nel nostro caso rilevati con la Vineland) determinavano l'assegnazione della categoria diagnostica.

Lo schema proposto in tabella 1 esemplifica i diversi casi.

Per esempio una persona con un QI ricadente nel range tra 76 e 85 non riceveva una diagnosi di FIL se il suo livello adattivo era *Superiore* in base alla ripartizione prevista dalla VABS.

Una persona con un QI ricadente nel range tra 70 e 75 riceveva una diagnosi di RM Lieve se il suo livello adattivo era *Inferiore* e manteneva la diagnosi di FIL se il suo livello adattivo era *Uguale* o *Superiore* in base alla ripartizione prevista dalla VABS. Il modello elaborato può risultare utile in ambito nosografico e classificatorio.

In una visione più ecologica i livelli di adattamento e l'uso delle funzioni cognitive appaiono correlate alle opportunità, espresse in termini di barriere e di facilitatori, presenti nel contesto in cui le persone vivono. In questa prospettiva il costrutto proposto dall'ICF può essere un valido modello per la visione bio-psico-sociale del funzionamento del FIB e il modello multidimensionale proposto dall'AAIDD per le disabilità intellettive (Funzionamento Intellettivo, Funzionamento adattivo, Partecipazione interazioni e ruoli sociali, Salute e Contesto) può essere molto utile per la definizione dei supporti.

L'approccio diagnostico dell'integrazione tra aspetti intellettivi e adattivi richiama ancora di più l'importanza del giudizio clinico e delle procedure diagnostiche poste in essere.

Contributi alla discussione

TAB. 1. Schema per la collocazione diagnostica che integra in modo standardizzato QI e indice di adattamento

In base al QI totale (Wechsler o derivato da altri test):	In base all'Adattamento Posizione rispetto al range della norma VABS*		
	Superiore	Uguale	Inferiore
86-90 Nella norma	Norm.	Norm.	F.I.L.
76-85 Funz. Intellettivo Limite	Norm.	F.I.L.	F.I.L.
70-75 Funz. Intellettivo Limite	F.I.L.	F.I.L.	Lieve

* I criteri per la collocazione rispetto al range della norma sono basati sulla taratura per la disabilità intellettiva del test *Vineland Adaptive Behavior Scale*. È usata come criterio di *cut-off* la ripartizione in tre livelli presentata nel manuale VABS (Sparrow, Balla e Cicchetti, 1984).

Una idonea procedura di assessment dovrebbe prendere in considerazione i seguenti punti:

1) una buona raccolta anamnestica tramite colloqui con i familiari o i caregiver e ove possibile con la persona interessata. L'anamnesi dovrebbe indagare le principali aree dello sviluppo al fine di rilevare eventuali ritardi o disturbi in particolare del funzionamento intellettivo e adattivo. È opportuno avvalersi di report, relazioni cliniche o eventuali diagnosi prodotti da altri operatori;

2) valutazione della salute fisica generale e dell'eventuale presenza di sindromi, disturbi del neurosviluppo o altre condizioni psicopatologiche;

3) valutazione del funzionamento intellettivo (ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico, apprendimento dall'esperienza) e adattivo (abilità concettuali, sociali e pratiche) con l'uso di strumenti standardizzati e somministrati individualmente;

4) valutazione degli aspetti emotivi, affettivi, di personalità;

5) valutazione attenta e quanto più precisa del contesto nel quale la persona vive al fine di identificare le barriere e i facilitatori che possono inficiare o favorire i processi abilitativi e gli interventi di potenziamento che devono essere quanto più precoci;

6) definizione dei supporti necessari specifici e personalizzati nel contesto familiare, scolastico e sociale.

I dati raccolti con queste procedure devono essere analizzati in una visione olistica del

funzionamento umano e devono tenere in debita considerazione i bisogni di supporto che le persone esprimono e non i soli risultati ai test. Il *giudizio clinico* e talora il buon senso dovrebbero essere tenuti sempre in considerazione da quanti sono chiamati a fare diagnosi.

Considerazioni conclusive

Da quanto riportato sopra è possibile concludere che in atto il FIB rappresenta una categoria diagnostica mal definita. Una metacondizione, come quella che riguarda l'attuale diagnosi di FIB, richiede ancora una serie di studi, di approfondite riflessioni e ampi confronti, in particolare sul rapporto tra il funzionamento intellettivo, quello adattivo e i supporti necessari. Come abbiamo visto al suo interno coesistono condizioni eterogenee caratterizzate dalla presenza di sindromi, comorbidity con altri disturbi e situazioni di svantaggio. Abbiamo notato inoltre che al variare dei livelli di adattamento può variare la categoria diagnostica. È proprio sul rapporto tra aspetti intellettivi e adattivi che occorre intensificare gli studi ricercando aspetti trasversali tra i due domini (per es. le funzioni esecutive), che possano spiegare il più o meno adeguato funzionamento nella vita di tutti i giorni.

Gli studi e gli approfondimenti dovrebbero mirare ad identificare meglio le condizioni che:

– in presenza di un livello di funzionamento intellettivo per es. compreso tra 70 e 75 (o anche più),

– in presenza di un livello di adattamento basso,
 – in presenza del bisogno di supporti con frequenza regolare, possono essere ragionevolmente collocate, per continuità clinica, all'interno della categoria diagnostica della DI Lieve.

Inoltre dovrebbero essere meglio identificate quelle condizioni che:

– in presenza di un livello di funzionamento intellettivo per es. compreso tra 76 e 85 (o anche più),

– in presenza di un livello di adattamento basso,

– in presenza del bisogno di supporti con frequenza saltuaria/episodica e circoscritta a particolari

– periodi della vita, possono essere ragionevolmente collocate all'interno di una specifica categoria diagnostica.

Per queste ultime condizioni, sul piano diagnostico, si potrebbe utilizzare un modello di espansione dei criteri adottati per le DI poggiato sul concetto di spettro e potrebbe essere assegnata una specifica categoria diagnostica, denominata per es. Disabilità Intellettiva Borderline o Disturbo dello Sviluppo Intellettivo Borderline, come diagnosi distinta ma di confine con la DI Lieve.

Questo tipo di categoria diagnostica, a mio modo di vedere, ha ragione di esistere e non dovrebbe essere inserita all'interno di codici V quali per es. «Altri problemi psicosociali» o «Altri sintomi specifici e segni che riguardano la cognizione», ma potrebbe trovare una specifica collocazione nosografica, evidenziando però in modo chiaro e netto che essa non rappresenta un disturbo mentale ma una condizione che richiede supporti e che tale diagnosi può essere utilizzata in modo provvisorio/transitorio, in relazione agli esiti dei trattamenti, alle diverse fasi della vita e alle richieste dell'ambiente.

A seguito di adeguati interventi di potenziamento cognitivo e abilitativi, in età adulta, specie in presenza di condizioni ambientali favorevoli, la diagnosi di FIB, o come sarà denominata in futuro, non dovrebbe avere ragione di permanere.

Data la complessità del tema sono favorevole alla costituzione di gruppi di studio, nazio-

nali e perché no internazionali, sul modello della consensus conference che si confrontino su questi aspetti per definire apposite linee guida utili ai clinici e a garantire adeguati supporti alle persone che ricevono la diagnosi.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. (2007). Misure diverse di intelligenza e di adattamento nelle diagnosi del grado di ritardo mentale: un tentativo di sintesi. *Ciclo Evolutivo e Disabilità*, 10(29), 195-214.

American Psychiatric Association – APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Cornoldi, C., Giofrè, D., Orsini, A., Pezzuti, L. (2014). Differences in the intellectual profile of children with intellectual vs. learning disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35(9), 2224-2230.

Di Nuovo, S., Buono, S. (2009). La diagnosi della Disabilità Intellettiva: confronto fra criteri clinici e procedure automatizzate. *Life Span and Disability*, 1 (2), 151-159.

Ministero della salute (2002). *Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana della ICD-9-CM*. Ginevra: OMS.

Organizzazione Mondiale Sanità – OMS (1994). *ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Milano: Masson.

Sparrow, S.S., Balla, A.D., Cicchetti, V.D. (1984). *The Vineland Adaptive Behavior scales: Interview Edition, Survey Form*. Circle Pines, MN: American Guidance Service. Trad. it. Una misura del comportamento adattivo: le Vineland Adaptive Behaviour Scales. Firenze: Giunti O.S., 2003.

Vianello, R., Di Nuovo, S., Lanfranchi, S. (2014). *Bisogni educativi speciali: il Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline*. Parma: Edizioni Junior.

Vianello, R., Cornoldi, C. (2017). *Riflessioni sul Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline: proposta per una Discussione. Proposta di discussione a cura di Renzo Vianello e Cesare Cornoldi. Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 257-265.

Commento alle riflessioni sul Funzionamento Intellettivo Limite

CRISTIANO TERMINE

Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi dell'Insubria, Varese

BEATRICE BARTOLI

Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi dell'Insubria, Varese

Ringraziamo Renzo Vianello e Cesare Cornoldi per aver portato al centro della discussione una condizione di estrema rilevanza clinica e per la quale non esiste una chiara definizione nosografica, sebbene il DSM-5 abbia classificato il FIL tra le «altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica» [codice V62.89 (R41.83)].

La 5ª edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), edito dall'Associazione Americana degli Psichiatri, ha introdotto numerose modifiche e alcune novità rispetto alle precedenti edizioni; una di queste è stata l'introduzione di una nuova categoria diagnostica, quella dei «Disturbi del neurosviluppo» che include numerose condizioni ad esordio nel periodo di sviluppo, spesso in comorbidità tra loro, caratterizzate da deficit di sviluppo che causano una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo e che variano da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento o del controllo delle funzioni esecutive, sino alla compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza.

Rispetto alle precedenti edizioni e sistemi classificativi, il DSM-5 pone l'accento sulle ripercussioni che i disturbi possono creare nel funzionamento dell'individuo e, pertanto, sulla capacità dei soggetti di adattarsi alle richieste ambientali/contextuali, relativizzando significativamente il valore dei risultati ottenuti ai test psicometrici utilizzati per l'assessment delle differenti condizioni.

Nella disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo), ad esempio, i vari livelli di gravità sono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non dei punteggi del quoziente intellettivo (QI), poiché è il funzionamento

adattivo che determina il livello di supporto/assistenza richiesto.

Questo aspetto viene sottolineato anche per la categoria diagnostica del disturbo specifico di apprendimento (DSA): al fine di comprendere le reali necessità di supporto dell'individuo il DSM-5 differenzia tre gradi di severità in base alla gravità della compromissione funzionale. Viene classificata come «lieve» una condizione in cui sono presenti alcune difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o due ambiti scolastici, ma di gravità sufficientemente lieve da rendere l'individuo in grado di compensare o di funzionare bene se fornito di facilitazioni e servizi di sostegno appropriati, in particolare durante gli anni scolastici. Una gravità «moderata» si riscontra quando sono presenti marcate difficoltà nelle capacità di apprendimento in uno o due ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente può sviluppare competenze senza momenti di insegnamento intensivo e specializzato durante gli anni scolastici. Per completare le attività con precisione ed efficienza possono essere necessarie facilitazioni e servizi di sostegno almeno in una parte della giornata a scuola, sul posto di lavoro o a casa. Un disturbo «grave» si configura, invece, quando sono presenti gravi difficoltà nelle capacità di apprendimento, che coinvolgono diversi ambiti scolastici, tali che l'individuo difficilmente apprende tali abilità senza un insegnamento continuativo, intensivo, personalizzato e specializzato per la maggior parte degli anni scolastici. Anche con una gamma di facilitazioni o servizi appropriati a casa, a scuola o sul posto di lavoro, l'individuo può non essere in grado di completare tutte le attività in modo efficiente.

La Consensus Conference, nel 2010, aveva relativizzato il valore del QI nella diagnosi di DSA specificando che «si raccomanda, ai fini della diagnosi di DSA nelle condizioni di maggiore complessità intellettiva, per esempio con risultati di QI borderline (QI compreso tra 70 e 85), di utilizzare per l'esame del livello intellettivo strumenti di misura multi-componenziali, poiché il profilo cognitivo generale è più informativo del semplice livello di QI per la formulazione della diagnosi». Ulteriormente, il DSM-5 sottolinea, in merito al DSA, che le difficoltà di apprendimento non devono essere meglio

giustificate da disabilità intellettiva, aprendo dunque anche l'ipotesi di una formulazione di doppia diagnosi, come ad esempio disabilità intellettiva + disturbo della lettura.

Cornoldi e collaboratori nel 2014, hanno utilizzato la scala WISC-IV per mettere a confronto il profilo cognitivo di due gruppi di bambini, uno con disabilità intellettiva e l'altro con DSA, con l'obiettivo di identificare il ruolo dei diversi indici della scala nel differenziare i due gruppi. Bambini con DSA hanno mostrato performance migliori in tutte le prove rispetto ai soggetti con Disabilità Intellettiva. Solo i bambini con DSA, tuttavia, hanno mostrato differenze significative tra i diversi indici e il punteggio ottenuto all'Indice di Abilità Generale (IAG) era maggiore dell'Indice di Competenza Cognitiva (ICC). Bambini con diagnosi di DSA, il cui punteggio di QIT era inferiore a 85, mostravano un pattern simile. Tali risultati hanno confermato l'ipotesi che bambini con DSA ottengono punteggi maggiori allo IAG ma hanno specifiche carenze a carico degli indici di Memoria di Lavoro e Velocità di Elaborazione, mentre i bambini con Disabilità Intellettiva hanno un impairment cognitivo generalizzato (Cornoldi, Giofrè, Orsini e Pezzuti, 2014).

Le indicazioni emerse dalla Consensus Conference (2010) e i risultati del lavoro di Cornoldi (2014) hanno significative implicazioni dal punto di vista clinico-diagnostico e necessitano di essere tenute in debita considerazione nei casi in cui è necessario prendere una decisione diagnostica di fronte a punteggi di QI borderline.

Da quanto evidenziato risulta prioritario prestare attenzione al profilo ottenuto alla scala di valutazione intellettiva (es. WISC-4) piuttosto che al punteggio di QI che, se utilizzato da solo, quando si attesta nella fascia borderline, può diventare un'etichetta errata e «pericolosa» in quanto spesso induce il contesto scolastico ad un progressivo depotenziamento del bambino («visto che non può farcela, non gli chiederemo di più»).

Molti soggetti con punteggi di QI che si attestano nella fascia borderline sono in realtà soggetti con «pseudo-FIL», ovvero hanno in realtà un disturbo del linguaggio o problematiche di attenzione/impulsività alla base della ridotta prestazione cognitiva ottenuta ai test somministrati. Da qui l'importanza di valutare

l'intero profilo funzionale ottenuto alla scala di intelligenza, nonché depistare in maniera sistematica la possibile presenza di un disturbo del linguaggio e/o di un disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività e, ancora, tenere in considerazione i possibili effetti delle percezioni e delle proiezioni delle insegnanti nel contesto scolastico (es. il rischio di depotenziamento).

Il DSM-5 dedica al FIL soltanto 8 righe e lo inserisce come ultima – last but not least – delle «altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica». Invero, dal nostro punto di vista, il FIL dovrebbe essere inserito in un ipotetico paragrafo relativo alle «condizioni che devono essere oggetto di attenzione clinica», in quanto deve indurre i clinici ad allargare il profilo diagnostico e funzionale per meglio comprendere la natura della ridotta prestazione ottenuta al test intellettuale.

Nei casi in cui si ottenga un punteggio di QI che si attesta nella fascia borderline è necessario ottenere un profilo di funzionamento più allargato relativo al linguaggio, alle funzioni esecutive, alle abilità visuo-spaziali, alla lettura, alla scrittura, alle abilità di calcolo, alla comprensione del testo e al problem solving, oltre che depistare eventuali disturbi del neurosviluppo e/o condizioni mediche associate (es. sindrome di Prader Willi).

È necessario depistare la presenza di un disturbo del linguaggio, tenendo in considerazione la natura biunivoca della relazione tra linguaggio e lettura: il linguaggio influenza l'apprendimento della lettura (Carroll e Snowling, 2004), ma successivamente, a partire dal terzo anno di scuola primaria, il tempo dedicato alla lettura influenza la crescita del bagaglio lessicale che a sua volta influenza l'efficienza della lettura (Chilosi, Lami, Pizzoli, Pignatti, D'Alessandro, Gruppioni, Cipriani e Brizzolaro, 2003). È necessario escludere la presenza di un disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività o più semplicemente evidenziare una compromissione delle funzioni esecutive (es: abilità di pianificazione, programmazione ed esecuzione, controllo e memoria di lavoro). In questi casi, inoltre, considerata la frequente comorbidità con il disturbo evolutivo della coordinazione motoria (DCD) (variabile dal 35 al 47% secondo lo studio di Kadesjo e Gillberg, 2001) sarà necessario

Contributi alla discussione

escludere con anamnesi e valutazione clinica, la presenza di elementi riconducibili a difficoltà di coordinazione motoria che, nonostante siano relativamente comuni nella popolazione, risultano tutt'ora poco riconosciute e diagnosticate. Infine, in base all'analisi del profilo intellettivo, potrà essere necessario escludere la presenza di un disturbo non verbale dell'apprendimento (NVLD), caratterizzato da difficoltà cognitive specifiche di natura visuo-spaziale (es: nell'incollamento dei numeri, nella lettura direzionale da sinistra a destra, nella lettura e riproduzione di segni aritmetici, nei riporti e nelle procedure, nell'operare con figure-regole geometriche, in geografia, nel disegno sia libero che geometrico, nella scrittura per la scarsa qualità del tratto e/o per la lentezza esecutiva e nelle attività motorie). Infine, considerando che gli alunni con difficoltà derivanti dai diversi disturbi del neurosviluppo citati sono spesso esposti ad insuccessi, sforzi eccessivi non ricompensati da buoni risultati e frustrazioni che inevitabilmente si accumulano, il profilo psicologico va allargato agli aspetti emotivi-relazionali in quanto gioca un ruolo fondamentale nella prognosi (Kempe, Gustafson e Samuelsson, 2011).

Una corretta diagnosi è realizzata con l'obiettivo di comunicare ai genitori e agli insegnanti le informazioni necessarie per poter garantire all'alunno il raggiungimento del successo formativo mettendo in atto tutte le misure e le strategie necessarie. Nello specifico, il compito degli specialisti è quello di valutare il bambino nella sua complessità emotiva (autostima, motivazione, problematiche psicologiche) e neuropsicologica (intelligenza, attenzione, memoria, abilità visuo-motorie, linguaggio, lettura, scrittura e calcolo), escludere patologie neurologiche o sensoriali (visive/uditive), fornire un inquadramento diagnostico preciso (correlato di codifica secondo la classificazione ICD-10 e/o DSM-5) ed un profilo di funzionamento dal quale si possano ricavare indicazioni utili per la personalizzazione delle strategie didattiche e delle modalità valutative, oltre che per la scelta degli eventuali strumenti compensativi e del trattamento più appropriato (Terme e Stella, 2013).

L'insegnante potrà trarre dal profilo funzionale tutti gli elementi utili a calibrare la meto-

dologia didattica e le modalità valutative e relazionali sulla specificità ed unicità dei bisogni educativi dell'alunno indipendentemente dall'etichetta diagnostica (sulla base della Direttiva MIUR del 27.12.2012).

In conclusione, sebbene il DSM-5 abbia inserito il FIL tra le «altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica», ribadiamo la necessità di inserirlo nella pratica quotidiana, nel paragrafo relativo alle «condizioni che devono essere oggetto di attenzione clinica», in quanto la complessità clinica di molti casi, le frequenti comorbidità con disturbi del neurosviluppo (es. disturbi del linguaggio e disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività) e le implicazioni emotive-relazionali, devono indurre i clinici ad allargare il profilo diagnostico e funzionale per meglio comprendere la natura della ridotta prestazione ottenuta al test intellettivo ed evitare le generalizzazioni, allo scopo di adattare adeguatamente il contesto didattico e valutativo. Aver compreso il profilo funzionale del bambino e le relative conseguenze sulla possibilità di adattarsi alle richieste scolastiche, grazie ad una diagnosi specialistica stilata secondo i criteri descritti, è il primo passo per garantire il diritto alla personalizzazione didattica e valutativa, che rimane un compito dell'insegnante, chiamato alla piena espressione della sua professionalità.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, D.C.: APA.
- Carroll, J.M., Snowling, M.J. (2004). Language and phonological skills in children at high risk of reading difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 631-640.
- Chilosi, A.M., Lami, L., Pizzoli, C., Pignatti, B., D'Alessandro, D., Gruppioni, B., Cipriani, P., Brizzolara, D. (2003). Profili neuropsicologici nella dislessia evolutiva. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2(7), 269-285.
- Cornoldi, C., Giofrè, D., Orsini, A., Pezzuti, L. (2014). Differences in the intellectual profile of children with intellectual vs. learning disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35(9), 2224-2230.

- Istituto Superiore di Sanità (2011). *Disturbi specifici dell'apprendimento*. Consensus Conference, Roma 6-7 dicembre 2010. Roma, Sistema nazionale per le linee guida, 2011.
- Kadesjö, B., Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 487-492.
- Kempe, C., Gustafson, S., Samuelsson, S. (2011). A longitudinal study of early reading difficulties and subsequent problem behaviors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 242-250.
- Termine, C., Stella, G. (2013). *La diagnosi della dislessia e degli altri disturbi specifici dell'apprendimento*. Torino: Edizioni Omega.
- Vianello, R., Cornoldi, C. (2017). *Riflessioni sul Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline: proposta per una Discussione*. Proposta di discussione a cura di Renzo Vianello e Cesare Cornoldi. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 257-265.

